

Groupe de travail n°4
« Le régime budgétaire et comptable »

Note de problématique

Au regard des blocages actuels constatés par divers rapports et des contraintes nouvelles nées de la réforme de la tarification des établissements de santé, le groupe de travail est chargé de mener une réflexion approfondie et de faire des propositions sur l'évolution du régime budgétaire et comptable des établissements publics de santé.

I - Les implications de la tarification à l'activité sur le régime budgétaire et comptable des établissements publics de santé

La tarification à l'activité va progressivement substituer à la dotation globale de financement des modes de financement distincts et complémentaires :

- Le paiement au forfait par séjour : les Groupes Homogènes de Séjour (GHS)
- La facturation des activités non décrites par les GHS : urgence, HAD, consultations et actes externes
- Le paiement en sus de certains médicaments et dispositifs implantables
- Le forfait annuel « Urgences »
- Le versement d'une enveloppe de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) pour certaines missions non directement productrices de soins quantifiables à travers les données du PMSI,

auxquels s'ajoutent les recettes habituelles des établissements provenant de la participation des patients (produits hospitaliers) et des activités subsidiaires.

Pour les établissements, cette réforme se caractérise par le passage d'une recette connue a priori –la dotation globale- à des recettes évaluatives, dépendant de l'activité réalisée et valorisées sur la base de tarifs nationaux, donc non corrélées aux dépenses réelles de l'établissement comme cela est le cas actuellement par construction budgétaire. Ces nouvelles données conduisent à modifier la logique budgétaire des établissements qui devront à l'avenir raisonner en recettes, et non plus en dépenses autorisées, et déterminer leurs prévisions de dépenses en fonction des prévisions de recettes.

Cette évolution du processus budgétaire doit s'accompagner d'un assouplissement du cadre de présentation budgétaire pour permettre l'inscription de crédits évaluatifs, tant en recettes qu'en dépenses, et renforcer la sincérité des comptes. L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) répond à cette préoccupation. La modification des modalités d'approbation par la tutelle découle naturellement de ce nouveau dispositif.

La tarification à l'activité accentue la responsabilisation des gestionnaires hospitaliers et nécessite de développer la réactivité de la gestion.

L'existence de recettes évaluatives rend nécessaire un suivi encore plus rigoureux et régulier de l'exécution des opérations définies à l'EPRD en rapprochant les engagements et les droits constatés des prévisions, tant en recettes qu'en dépenses. Dans le cadre de la T2A, l'établissement doit se doter d'un outil de pilotage performant par la qualité et la précision de sa comptabilité administrative, afin notamment de mettre en évidence les écarts par rapport aux prévisions et d'être en mesure de réagir rapidement à la situation, qu'il s'agisse de redresser un déficit prévisible ou d'engager les opérations permises par une situation plus favorable.

Par ailleurs, la substitution de la T2A à une part croissante de la dotation globale de financement aura inévitablement des incidences sur la gestion de trésorerie des établissements : les encaissements s'effectueront de manière plus étalée que les versements périodiques à dates certaines de la DGF¹. Il importera donc d'émettre les factures et les titres correspondants le plus rapidement possible et de suivre de manière fine la trésorerie, ce qui suppose de renforcer l'information comptable de l'ordonnateur.

Une réforme de la nomenclature comptable, une profonde modernisation des procédures et outils comptables et une simplification des relations ordonnateur-comptable doivent donc compléter celle du régime budgétaire, l'ensemble étant indissociable de la réforme de la gouvernance de l'hôpital qui devra définir un cadre nouveau de gestion des établissements.

II – L'assouplissement des procédures comptables

L'assouplissement des procédures comptables et la complémentarité ordonnateur-comptable constituent déjà depuis plusieurs années le fil conducteur des travaux menés en collaboration étroite entre la direction générale de la comptabilité publique (DGCP) et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). La mise en œuvre de la T2A impose d'accélérer la mise en œuvre des réformes engagées et de réfléchir à des évolutions plus novatrices encore des procédures et des métiers.

La modernisation de la gestion devra se décliner selon quatre objectifs principaux :

- Supprimer les contrôles inutiles et les redondances
- Améliorer la fluidité de l'information entre ordonnateur et comptable
- Accélérer la dématérialisation.
- Renforcer la sincérité des comptes

Dans le cadre des chantiers de modernisation de la gestion publique locale animés par la DGCP, d'importantes évolutions sont déjà amorcées. Il s'agit, notamment, de l'allègement des signatures, de la dématérialisation des titres de recettes et des circuits comptables en général, de l'accès à l'information comptable grâce à l'interfaçage des systèmes d'information, de la rationalisation des contrôles du comptable.

Parallèlement à ces travaux, les réflexions doivent conduire à rechercher une simplification maximum des procédures comptables et permettre, notamment, la suppression des enregistrements et des contrôles effectués en double, ainsi que l'allègement des procédures et pièces justificatives, et revoir la répartition des tâches entre ordonnateurs et comptables.

Dans ce contexte de modernisation de l'ensemble de la gestion budgétaire et comptable, une attention particulière doit être portée aux relations entre les ordonnateurs et les comptables, vers lesquels convergent des difficultés nées de réglementations parfois mal adaptées aux impératifs de la gestion, aggravées par le cloisonnement entre les services. Deux hypothèses peuvent être développées : la première consiste à proposer la poursuite de la modernisation du service rendu par le réseau du Trésor, la seconde, beaucoup plus restructurante, , consiste à substituer au réseau du Trésor des agences comptables². Cette deuxième hypothèse consacrerait la parfaite intégration des fonctions

¹ Aujourd'hui, le versement mensuellement de la DGF –qui représente en moyenne 85% des recettes d'exploitation des EPS- permet à l'établissement d'être assuré d'une entrée de trésorerie régulière . le montant des allocations mensuelles est déterminé en fonction de l'évolution des besoins de trésorerie. L'allocation mensuelle est versée en 3 fractions : 60% le 25 du mois courant, 15% le 5 et 25% le 15 du mois suivant.

² Cette solution n'apporte pas d'amélioration « réglementaire » puisque le règlement général de comptabilité publique de 1962 s'applique de la même façon, l'agent comptable étant astreint aux mêmes obligations qu'un comptable du Trésor et l'ordonnateur toujours contraint à la tenue d'une comptabilité administrative. En d'autres termes, le principe de séparation de l'ordonnateur et du comptable s'applique dans les mêmes conditions.

comptables au sein des établissements et la rationalisation des relations ordonnateur-comptable, et permettrait une simplification maximum des procédures grâce à un système d'information nouveau et spécifique aux hôpitaux.

*

En complément à cette note de problématique générale, trois fiches synthétiques traitent des points suivants :

- régime budgétaire
- procédure d'élaboration et de suivi de l'EPRD
- simplification des procédures comptables.

Ces fiches tentent de proposer des solutions aux problèmes déjà identifiés. Celles-ci ont fait l'objet d'une première réflexion avec les services du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie au printemps dernier et constituent donc des propositions qu'il est possible de mettre en œuvre. Elles sont soumises au groupe de travail mais ne constituent pas une limite à sa réflexion.

Groupe de travail n°4
« Le régime budgétaire et comptable »

FICHE : REGIME BUDGETAIRE

CONTEXTE

La réforme du financement des établissements de santé qui doit entrer en vigueur en 2004 impose une modification profonde du cadre budgétaire des EPS. La tarification à l'activité renverse la logique budgétaire qui prévalait avec un financement par dotation globale. En effet dès lors que les ressources de l'établissement ne sont plus prédéterminées mais dépendent directement du volume et de la nature de l'activité produite, il n'est plus possible de présenter et d'autoriser un budget retraçant les dépenses autorisées et les recettes prévues dans des conditions équivalentes à celles aujourd'hui pratiquées (art. L.6145-1 et R.714-3-7 du CSP).

SOLUTION PROPOSEE :

Substituer un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) au budget.

I - DEFINITION DE L'EPRD

- L'article 4 du décret du 29 décembre 1962 définit l'EPRD comme « *l'acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et les dépenses des organismes publics. L'EPRD est élaboré, proposé, arrêté et exécuté conformément aux lois, règlements et instructions en vigueur* ».

L'EPRD est à la fois d'un acte de prévision et d'autorisation soumis au vote de l'assemblée délibérante.

- L'originalité de l'EPRD réside dans le principe de base (qui gouverne cette forme d'organisation budgétaire) qui est celui du **caractère évaluatif des crédits** prévus. Deux conséquences :
 - l'autorisation budgétaire qui est donnée porte sur une enveloppe globale représentative de la totalité des crédits ouverts à l'EPRD, cette enveloppe devant servir à l'engagement et à l'ordonnancement de la totalité des dépenses de l'établissement.
 - l'ordonnateur peut engager, liquider et ordonnancer des dépenses sur un compte éventuellement non doté ou insuffisamment doté de l'EPRD approuvé, sauf si cette dépense devait bouleverser l'économie générale de l'EPRD. De même, l'inscription d'une recette supplémentaire n'a pas à faire l'objet d'une approbation préalable.
- Certaines natures de dépenses ou certains chapitres peuvent néanmoins faire l'objet de **prévisions à caractère limitatif** :
 - Dans ce cas, l'ordonnancement d'une dépense sur un compte insuffisamment doté doit faire l'objet d'une décision modificative préalable et d'une autorisation de l'assemblée délibérante. Le caractère limitatif s'apprécie au niveau de l'autorisation budgétaire (niveau de vote).

II - PRESENTATION DE L'EPRD

- **L'EPRD retrace la totalité des charges et produits de l'établissement.** Des aménagements sont cependant apportés à ce principe afin de permettre un suivi particulier pour certaines activités au moyen de **services à comptabilité distincte ou de budgets annexes³** (SACD, BA).

❖ Le **dossier de présentation de l'EPRD** contient :

- le tableau récapitulatif accompagné d'un état détaillé (au moins par comptes divisionnaires) des dépenses et des recettes,
- un rapport de présentation analysant les équilibres généraux, explicitant les hypothèses retenues en dépenses et en recettes et retraçant les principales évolutions entre n-1 et n,
- les annexes suivantes : tableau des amortissements, plan prévisionnel des investissements pluriannuels, tableau des emplois rémunérés, tableau de l'état de la dette.
- un rapport analysant les équilibres généraux et explicitant les hypothèses retenues et les évolutions entre n et n-1.

- L'EPRD est présenté en **deux sections** :

- le compte de résultat prévisionnel (équivalent d'une section d'exploitation)
- et le tableau de financement abrégé prévisionnel (équivalent d'une section d'investissement),

chacune présentée en équilibre et reliées entre elles par la capacité d'autofinancement.

La première section permet de dégager en solde le résultat prévisionnel à partir duquel se calcule la capacité d'autofinancement. Celle-ci mesure donc les ressources internes dégagées par l'activité et reprises dans la deuxième section qui retrace l'évolution prévisionnelle de la situation patrimoniale de l'établissement. Au final c'est la variation prévisionnelle du fond de roulement net global qui constitue la ligne d'équilibre global de l'EPRD.

Le compte de résultat prévisionnel est présenté dans l'ordre de la nomenclature comptable à un niveau de détail à définir. Ainsi la notion de **groupe fonctionnel** ne semble pas nécessaire du point de vue de la présentation.

Concernant les **dépenses de personnel** et compte tenu de la part prépondérante qu'elles occupent dans les budgets hospitaliers, l'EPRD doit permettre aux parties intéressées de **suivre l'évolution de la masse salariale**. En conséquence, les facteurs d'évolution de la masse salariale doivent être précisés de façon fine en présentant l'évolution de la « Rémunération moyenne des personnels en place » (RMPP) et ses déterminants : mesures générales, mesures individuelles automatiques (effet « vieillesse » du GVT positif, ou ancienneté) et non automatiques (effets « glissement » et « technicité » du GVT positif, mesures catégorielles) ainsi que l'évolution de l'emploi. Cette présentation se substitue au tableau des emplois permanents (effectif théorique). (cf. fiche procédure budgétaire)

³ Le SACD se caractérise par un cadre comptable qui lui est propre (comptes de produits et de charges mais aussi de bilan sauf disponibilités) et par un résultat propre. Ce résultat est intégré à celui de l'établissement par la voie de l'agrégation. Le résultat d'un budget annexe fait l'objet d'une affectation distincte ne venant pas interférer avec l'affectation du résultat de l'activité principale.

III- MODIFICATION DE L'EPRD

Comme un budget, un EPRD peut faire l'objet de **décisions modificatives** dans les circonstances suivantes, selon des principes généraux de présentation et d'approbation identiques à ceux en vigueur :

- pour les autorisations ayant un caractère limitatif lorsque les engagements prévus sont supérieurs au montant des crédits ouverts
- pour les chapitres ayant un caractère évaluatif, lorsqu'une dotation complémentaire d'un montant significatif de l'enveloppe globale intervient
- si un déficit prévisionnel significatif du compte de résultat prévisionnel apparaît en cours d'année (le conseil d'administration vote un compte de résultat prévisionnel équilibré).
- La distinction **virement de crédit / décision modificative** ne se justifie plus avec un EPRD ne comprenant que des crédits évaluatifs. Le directeur peut engager une dépense en dépassement de la prévision initiale sur n'importe quel compte. La contrainte est le respect de l'enveloppe globale et donc une économie sur un autre compte en compensation du dépassement ou une augmentation des recettes prévisionnelles.

IV- INTERET DE L'EPRD

Le passage d'un budget aux crédits limitatifs à un état prévisionnel des recettes et des dépenses comprenant des crédits évaluatifs se justifie par la recherche d'une amélioration de la sincérité des évaluations et des comptes et de la responsabilisation des gestionnaires. Cette évolution implique le renforcement des dispositifs y concourant.

❖ Renforcer la sincérité des évaluations

La nouvelle construction budgétaire conduit à évaluer l'activité de laquelle résultera la prévision de recettes. C'est à partir de cette prévision de recettes que pourront être établies les prévisions de dépenses, d'où la nécessité de mettre en place un dispositif permettant d'évaluer au plus juste les charges à payer et les produits à recevoir.

❖ Renforcer la sincérité des comptes :

La gestion des EPS se déroulera dans le cadre d'un état annuel de prévisions. Dans ces conditions, la comptabilité doit permettre :

- de rendre compte de la manière dont les prévisions sont réalisées,
- de retracer les flux financiers et patrimoniaux de manière à permettre l'élaboration de résultats annuels significatifs permettant d'établir le budget de l'année suivante.

Par ailleurs, les **amortissements et provisions** devront également être comptabilisés et évalués de manière certaine.

Les résultats d'exécution devront être présentés sous une forme identique aux prévisions.

Actuellement, les comptes manquent de sincérité en l'absence de possibilité de prise en compte des reports de charges. Du fait de l'existence de crédits évaluatifs, l'exécution peut engendrer **un déficit comptable** en cours ou en fin de gestion, qui doit être limité. Cette présentation permet d'éviter la constitution de **reports de charges**.

Groupe de travail n°4
« Le régime budgétaire et comptable »

FICHE : PROCEDURE BUDGETAIRE

I - ELABORATION DE L'EPRD

La procédure contradictoire en tant que telle disparaît et est remplacée par une phase préparatoire qui se déroule avant le vote de l'EPRD par le conseil d'administration.

Lors de cette phase préparatoire, les autorités de tutelle sont amenées à définir certains cadrages (tarifs des GHM, indications sur les variations en volume de l'activité, montants des dotations ou forfaits,...). L'ordonnateur établit sur ces bases notamment, des prévisions de recettes ainsi qu'une évaluation des prévisions de toutes les charges obligatoires ou reconductibles.

Il faut distinguer à ce stade les ressources fixées par l'ARH de celles relevant d'une prévision effectuée par l'établissement sur lesquelles l'ARH n'est pas engagée :

- les premières correspondent aux dotations accordées au titre des activités n'entrant pas dans le champ MCO et ne relevant pas des activités subsidiaires. Le directeur de l'ARH en fixe le montant par arrêté dans le respect des enveloppes régionales limitatives ;
- les secondes résultent des prévisions d'activité MCO et des activités subsidiaires effectuées par l'établissement. Elles font l'objet d'une approbation tacite par le directeur de l'ARH dans le cadre de l'EPRD sauf s'il considère qu'elles sont manifestement surévaluées. Dans ce cas, comme dans celui d'une sous-estimation des dépenses, il peut s'y opposer expressément dans les délais réglementaires (cf. régime d'approbation).

Les prévisions de recettes sont établies à l'issue d'une phase préparatoire au cours de laquelle l'ARH définit certains cadrages. Les recettes de l'activité MCO et des activités subsidiaires relèvent d'une prévision effectuée par l'établissement qui n'engage pas l'ARH. Pour les autres activités, les recettes sont arrêtées par l'ARH. L'évaluation des prévisions de toutes les charges obligatoires ou reconductibles figure à l'EPRD qui est présenté en équilibre.

La sincérité des évaluations : les dépenses de personnel

Dans l'hypothèse où tous les crédits d'exploitation seraient évaluatifs, les prévisions de dépenses de personnel doivent impérativement être élaborées sur la base d'outils garantissant leur fiabilité. Des instruments de type rémunération moyenne des personnels en place et salaire moyen par tête pourraient être utilisés.

- Rémunération Moyenne des Personnels en Place

La RMPP est une notion salariale qui permet de mesurer l'évolution moyenne du pouvoir d'achat de la rémunération des agents présents d'une année sur l'autre. La progression de la RMPP mesure l'évolution de la fiche de paye moyenne des personnels en place. Elle est calculée sur les effectifs présents sur deux exercices consécutifs. Elle intègre en effet les facteurs suivants contribuant à la hausse des rémunérations des agents :

- l'effet en moyenne des mesures générales (revalorisation du point fonction publique, attribution uniforme de points d'indice ou de prime exceptionnelle...) y compris l'effet report des mesures mises en œuvre au cours de l'exercice précédent ;

- les mesures catégorielles qui sont ciblées sur certains groupes d'agents (réformes statutaires, revalorisations indemnitaires) ;
- le GVT (glissement-vieillessement-technicité) positif, ou GVT structurel, ou « effet de carrière », soit l'effet positif des avancements d'échelons et des promotions de grades ou de corps hors incidence directe des mesures catégorielles.

- Salaire moyen par tête

La progression du SMPT mesure l'évolution de la masse salariale à effectifs constants. Autrement dit, elle rend compte de l'évolution du coût moyen d'un agent. Celle-ci est la résultante :

- de la progression des salaires des agents en place, mesurée par la RMPP,
- et de l'effet de la modification de la structure des rémunérations induit par les mouvements d'entrées et de sorties (effet entrées-sorties), principalement lié à la différence de niveau de rémunération entre les agents qui quittent la fonction publique en fin de carrière et les agents qui débutent. Cet effet est généralement négatif, bien qu'il comptabilise également en sens inverse le remplacement d'agents peu qualifiés par de jeunes agents plus diplômés.

Si ces outils permettent de fiabiliser la prévision, il ne s'agit toutefois pas d'un véritable outil de contrôle. **Le contrôle** devra s'effectuer au travers de l'évolution de la masse salariale et des effectifs réellement rémunérés dans le cadre du **suivi de l'exécution de l'EPRD** en réalisations/prévisions⁴.

II - VOTE DE L'EPRD

Si le régime d'approbation des délibérations portant sur l'EPRD et les décisions modificatives, est celui d'une approbation tacite sauf opposition écrite des autorités de tutelle dans le délai d'un mois, cela signifie que le vote devrait intervenir au plus tard le 1^{er} décembre n-1 pour que le budget soit exécutoire au 1^{er} janvier n. Une telle hypothèse semble peu réaliste dès lors que les informations transmises par la tutelle et nécessaires à l'élaboration de l'EPRD dépendent du vote du PLFSS et pour certaines même de la répartition des enveloppes régionales ; laquelle n'intervient que dans le courant du mois de janvier n.

III - CALENDRIER BUDGETAIRE

- Suppression du rapport d'orientation dès 2004

- Dans l'hypothèse d'une procédure préparatoire intervenant en amont du vote par le conseil d'administration et compte tenu de ce qui précède, l'EPRD ne peut être rendu exécutoire au 1^{er} janvier de l'exercice. Une procédure de reconduction tacite du dernier EPRD approuvé (en distinguant peut être le compte de résultat prévisionnel et le tableau de financement prévisionnel) doit être élaborée dans l'attente du vote et de l'approbation du nouvel EPRD qui pourraient s'envisager sur le calendrier suivant :

⁴ la DHOS a édité en 2001 un « guide pour le suivi de la masse salariale » qui pourrait utilement servir d'outil d'évaluation et de suivi de la masse salariale.

	Date limite	
	31/12/N-1	Promulgation LFSS
dans les 15 jours	15/01/N	Arrêté fixant décomposition ONDAM
dans les 15 jours	30/01/N	Arrêté fixant tarifs, forfaits, dotations régionales et coefficients géographiques
dans les 15 jours	14/02/N	Arrêté du DARH fixant le forfait annuel urgences et les dotations des établissements
	15/03/N	Vote et transmission de l'EPRD à l'ARH.

IV - REGIME D'APPROBATION

Identique à celui défini par le décret n°99-575 du 8 juillet 1999 relatif aux **modalités d'approbation** de certaines décisions financières des établissements publics de l'Etat :

- Les délibérations du conseil d'administration des EPS portant sur l'EPRD et ses modifications sont **exécutaires un mois après leur réception** par l'autorité de tutelle, sauf opposition écrite de cette autorité.
- **Ce délai peut être suspendu** par une demande écrite d'informations ou de documents complémentaires adressée par l'autorité de tutelle à l'établissement.
- Durant ce délai d'un mois, l'autorité de tutelle peut : soit garder le silence, soit s'opposer par écrit à l'exécution de la décision, soit exceptionnellement approuver expressément en cas d'urgence (lorsque la décision financière doit être exécutée avant l'expiration du délai d'un mois).
- La possibilité de rétablir une procédure d'approbation expresse est par ailleurs maintenue en cas de dysfonctionnement grave.

L'ARH peut **s'opposer** au projet d'EPRD voté par le conseil d'administration dans les cas suivants :

- **si les dotations destinées au financement des activités autres que MCO ne sont pas conformes** (psychiatrie, SSR, missions d'intérêt général,...) à la décision de l'ARH
- **si les recettes liées à l'activité MCO apparaissent manifestement sur-évaluées.** L'appréciation d'une telle situation se fait au cas par cas, en tenant compte :
 - d'une part de la prévision d'évolution de l'activité retenue au plan national lors de la détermination de l'augmentation des tarifs, qui doit être considérée comme indicative seulement,
 - et d'autre part de la situation propre de l'établissement au regard des objectifs qui lui sont assignés par le SROS et de son environnement concurrentiel notamment. Les objectifs du SROS doivent être déclinés dans le contrat d'objectif et de moyens signé entre l'établissement et l'ARH (cf. ordonnance n°2003-850 du 4/09/03 article 7).

L'ARH peut donc porter une appréciation sur les prévisions d'activité de l'établissement par rapport aux objectifs qu'il s'est engagé à mettre en œuvre.

- **si les dépenses apparaissent manifestement sous-évaluées.** L'ARH apprécie la situation compte tenu de sa connaissance historique des moyens budgétaires nécessaires à l'établissement et du rapport accompagnant le projet d'EPRD explicitant les principales évolutions des charges et produits entre n et n-1. Réglementairement les établissements devront avoir l'obligation d'évaluer et d'inscrire à l'EPRD toutes les charges obligatoires ou reconductibles.

V – SUIVI ET CONTROLE DE L'EXECUTION DE L'EPRD

SUIVI

Le directeur d'établissement présente tous les trimestres au conseil d'administration l'état des réalisations en dépenses et en recettes par rapport aux prévisions. En cas de déséquilibre, et notamment si les recettes constatées sont inférieures aux prévisions ou si le niveau des dépenses excède les prévisions, le directeur propose au conseil d'administration les mesures nécessaires au rétablissement de l'équilibre. Le nouvel EPRD (décision modificative) intégrant les mesures d'ajustement décidées sont communiqués à l'ARH pour approbation.

CONTROLE

Dans un contexte de grande liberté de gestion ouvert par le caractère évaluatif des crédits, l'attention portée par le directeur d'établissement à l'exécution doit être complétée d'un dispositif de contrôle par les services de tutelle. L'objectif est de mettre en place un système d'alerte de nature à détecter les déficits et à permettre de redresser les situations avant que ces déficits éventuels ne soient trop importants.

Il est proposé que l'ARH dispose d'un droit de regard sur l'exécution de l'EPRD pour intervenir de manière graduée, en particulier si l'évolution de l'activité, et donc des recettes, est incompatible avec les prévisions en recettes et en dépenses.

Dans un 1^{er} temps, l'ARH peut dans ce cas demander une révision de l'EPRD si celle-ci n'est pas proposée par l'établissement. Cette procédure « d'alerte » pourrait être déclenchée dès lors que le déficit prévisionnel atteint un seuil restant à préciser des charges de fonctionnement inscrites à l'EPRD ou que le report à nouveau déficitaire augmenté du déficit prévisionnel atteindrait un certain pourcentage (caractère répétitif des difficultés) des charges de fonctionnement.

Dans un second temps, si le directeur de l'ARH estime les mesures proposées insuffisantes ou s'il constate qu'elles ne sont pas effectivement mises en œuvre, il pourrait mettre en demeure le conseil d'administration de prendre toutes mesures utiles et de les faire appliquer dans un délai déterminé.

Dans un troisième temps, à défaut d'un retour à l'équilibre, le directeur de l'ARH peut saisir la Chambre régionale des comptes et lui demander de proposer les mesures de redressement nécessaires. Ce plan de redressement s'impose à l'établissement qui dispose d'un délai à définir pour rétablir la situation. La faisabilité d'une telle intervention de la Chambre régionale des comptes doit être discutée avec la juridiction financière afin de s'assurer qu'elle dispose des moyens opérationnels nécessaires pour répondre à de telles demandes.

Enfin, si au terme du délai fixé, le directeur de l'ARH constate que la dérive persiste, il dispose d'un pouvoir de substitution et peut suspendre les pouvoirs du conseil d'administration et du directeur en mettant l'établissement sous le régime d'une « administration provisoire ». Celle-ci est assurée par un comité de sages composé de personnalités extérieures à l'établissement, relevant par exemple du statut des conseillers généraux des hôpitaux.

VI – DETERMINATION ET AFFECTATION DES RESULTATS

Les résultats sont actuellement calculés en deux temps : détermination du résultat comptable puis, à partir de ce dernier, du résultat à affecter par application des dispositions de l'article R.714-3-49.III du code de la santé publique. Les dispositions contenues dans cet article n'ont plus lieu d'être maintenues.

DANS LE SYSTEME FUTUR

Le résultat est constitué de la différence entre les produits et les charges (sans autre retraitement). Il est déterminé comptablement ; le compte 12 est débité par le crédit des comptes de charges et crédité par le débit des comptes de produits.

L'affectation du résultat relève de la compétence du conseil d'administration qui prend une délibération à cet effet en début d'exercice suivant.

➤ **Résultat déficitaire**

Le déficit peut être affecté :

- en diminution du report à nouveau créditeur (compte 110),
- en report à nouveau débiteur (compte 119),
- en diminution des réserves libres,
- en diminution des réserves obligatoires lorsque la réglementation le permet.

Si aucune ressource ne permet de couvrir le déficit, il est affecté en report à nouveau déficitaire. Si l'établissement constate un déficit important (seuil x % des charges de fonctionnement à déterminer) ou se retrouve après plusieurs déficits successifs avec un déficit cumulé trop élevé (seuil y % des charges de fonctionnement à déterminer), le directeur de l'ARH exerce son contrôle et peut déclencher les mesures d'alerte décrites ci-dessus.

Les deux seuils sont fixés à des niveaux différents mais dans les deux cas il s'agit bien de faire prendre à l'établissement les mesures nécessaires au rétablissement de l'équilibre de sa section de fonctionnement. Un report à nouveau déficitaire doit être considéré comme une situation transitoire dans l'attente d'un retour à l'équilibre et d'un apurement du déficit inscrit au bilan et pesant sur le fonds de roulement.

➤ **Résultat excédentaire**

L'excédent peut être affecté :

- en apurement du report à nouveau débiteur (compte 119)
- en constitution de réserves obligatoires ou libres (affectation à l'investissement ou à l'exploitation)
- en complément du report à nouveau créditeur (compte 110)

Le résultat de l'exercice est affecté par délibération du conseil d'administration. En cas de déficits successifs, si le montant du report à nouveau excède un seuil à déterminer, le directeur de l'ARH peut mettre en œuvre le dispositif gradué d'injonction puis de substitution.

COMMENTAIRES

(p.m. article 311-1 du PGC « Même en cas d'absence ou d'insuffisance de bénéfice, il est procédé aux amortissements et aux provisions pour dépréciation nécessaires. Les provisions pour dépréciation sont rapportées au résultat quant les raisons qui les ont motivées ont cessé d'exister. »

article 312-2 du PGC « Même en cas d'absence ou d'insuffisance de bénéfice, il est procédé à la comptabilisation des provisions pour risques et charges qui remplissent les conditions fixées à l'article 312-1.2 »)



Liberté . Égalité . Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé,
de la famille,
et des personnes handicapées

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Sous-direction des affaires financières
Bureau F4

Groupe de travail n°4

1^{ère} réunion du 23 septembre 2003

Compte rendu

En préliminaire à cette réunion, M. Couty rappelle que ce groupe de travail s'inscrit dans la dynamique du Plan Hôpital 2007, qui prévoit la mise en place de 4 groupes de travail chargés de mener une concertation approfondie sur la gouvernance à l'hôpital, les directeurs d'hôpital, les praticiens à l'hôpital et le régime budgétaire et comptable. Le lancement de ces travaux fait suite aux entretiens du ministre avec l'ensemble des partenaires à la fin du mois de juillet ainsi qu'aux différents rapports remis en début d'année. Il s'agit d'apporter des réponses aux attentes très fortes exprimées par le milieu hospitalier.

Un comité de pilotage, réuni pour la première fois le 30 juillet dernier, se réunit régulièrement et assure la mise en commun des réflexions et la coordination des travaux des 4 groupes de travail. L'ensemble des organisations représentées dans les groupes de travail sont représentées également au comité de pilotage.

Le groupe de travail n°4 traitera de la problématique générale du régime budgétaire et comptable : il a pour objet de tirer les conséquences du changement de système d'allocation de ressources, c'est-à-dire le passage à la tarification à l'activité, et d'en mesurer l'impact technique sur le fonctionnement budgétaire et comptable des établissements. Cinq réunions sont pour le moment prévues pour ce groupe. Les 4 groupes de travail doivent rendre leurs conclusions pour la fin novembre. Les orientations politiques, les expérimentations et la mise en œuvre progressive interviendront ensuite.

Après avoir commenté la note de problématique remise aux membres du groupe de travail, M. Gratioux propose que les réflexions du groupe portent sur les deux thèmes principaux suivants :

- la notion d'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) induite par le caractère évaluatif des recettes et les conséquences de la mise en place de ce nouvel outil sur le calendrier budgétaire, les relations entre les EPS et leur tutelle, la nomenclature budgétaire et comptable, le recouvrement des recettes et l'alimentation en trésorerie des établissements, etc...
- la gestion comptable et les relations ordonnateur/comptable : amélioration de la fluidité de l'information entre le comptable et l'ordonnateur, les mécanismes de contrôles mis en œuvre par le comptable et l'ordonnateur, la sincérité des comptes, la communication entre les systèmes d'information, le choix d'un mode d'organisation entre le comptable et l'ordonnateur.

Les premières réactions des membres du groupe ont été les suivantes :

La FHF est satisfaite que le groupe de travail s'inscrive dans le Plan Hôpital 2007 afin de bien en mesurer la dimension politique. Le régime budgétaire et comptable n'est pas un objectif en soi mais résulte des réformes engagées : dans ce contexte, elle insiste sur la coordination avec les 3 autres groupes de travail. Sur le plan de la méthode, la FHF souligne que la liste des thèmes proposés au groupe de travail s'inscrit dans le court terme, ce qui apportera des améliorations techniques mais ne permettra pas d'envisager des réformes structurelles plus larges. La FHF met en garde sur le calendrier de mise en œuvre de ces réformes car les hôpitaux sont déjà fortement sollicités et n'ont pas de lisibilité d'ensemble, ce qui génère une inquiétude certaine. Les propositions devront être pragmatiques et tenir compte du temps nécessaire à leur mise en œuvre.

La CMH considère qu'il faut intégrer dans le champ de la discussion les questions d'investissement et d'amortissement.

La CGT rejoint les propos de la FHF et se préoccupe principalement des problèmes de santé publique et des missions de l'hôpital public. Selon la CGT, il ne faut pas masquer les aspects structurels, source de réelles difficultés de fonctionnement des EPS, par les aspects conjoncturels, c'est-à-dire les lourdeurs du système. Ainsi, la CGT est très attachée à la séparation ordonnateur/comptable et au contrôle de légalité même si cela génère des lourdeurs. Elle souhaite que les groupes de travail aient une réflexion approfondie sur les outils d'évaluation tels que PMSI et GHM.

Le SNAM-HP est favorable à la T2A en substitution à la dotation globale et rappelle son attachement au service public. Il est inquiet des délais très courts de mise en œuvre de la réforme qui, notamment, ne laisseront pas le temps aux hospitaliers de se l'approprier. Il souligne également l'hétérogénéité des systèmes d'information et leur importance pour la mise en œuvre de cette réforme. Il souhaite que les SI bénéficient des aides à l'investissement.

La CNDCH partage les remarques de la FHF et constate un certain amalgame entre la réforme de la tarification et le groupe de travail. Favorable à la T2A, la CNDCH considère qu'une amélioration de la réactivité des EPS est nécessaire dans un contexte de partage du marché entre secteurs public et privé et que cette réactivité peut être améliorée par l'évolution du régime budgétaire et comptable. Les reports de charges risquent de créer une discrimination défavorable aux EPS lors de la mise en place de la T2A et la CNDCH a fait part au cabinet du ministre de sa demande d'un audit permettant notamment de distinguer les effets de la gestion des effets de l'activité sur les reports de charges. Enfin la CNDCH attache une grande importance au lien entre ce groupe de travail et celui sur la gouvernance qui devrait permettre de définir le rôle des médecins et les impliquer dans la gestion.

FO n'est pas favorable à la réforme de la tarification qui se met en place. L'importance accordée à l'avenir à la notion de recettes pose le problème de la variable d'ajustement et donc celui du statut de la FPH et des EPS. FO s'opposera à tout changement de ces statuts.

Pour **la CFDT**, le groupe de travail ne peut être déconnecté de la gestion des ressources qui doit évoluer parallèlement à la mise en place de la réforme de la tarification. La CFDT sera vigilante sur l'application de la réforme aux gestionnaires, sur le volume et la qualification de l'emploi.

La CGC rappelle le contexte de cohabitation des secteurs public et privé et insiste sur la question des investissements et de l'amortissement, essentielle pour que les EPS se réapproprient leurs missions.

SUD fait référence au rapport Marot qui avait mis l'accent sur la coexistence de 2 secteurs aux logiques différentes qu'il sera difficile de concilier. La T2A risque d'accroître l'inégalité en matière de soins. Les effectifs constituent sa préoccupation majeure. SUD souhaite que les questions de fond soient abordées et rappelle son opposition à toute mise en concurrence des secteurs public et privé.

La CFTC constate que le groupe de travail se positionne sur l'outil et s'inquiète des possibles effets pervers de la T2A sur la gestion de la masse salariale, de la complexité de la réforme, et des effets correctifs par rapport à une norme.

La conférence des présidents de CME de CH manifeste une attente très importante et établit un lien important entre la gouvernance et le régime budgétaire et comptable. Il lui paraît important que les médecins disposent d'outils simples et compréhensibles pour s'impliquer dans la gestion.

L'INPH se préoccupe de l'opérationnalité de la T2A. L'immaturation des réformes, des outils et des systèmes d'information lui fait douter du réalisme de la réforme.

La CHG fait part de son inquiétude. Les médecins ne sont pas prêts à jouer le rôle de gestionnaire et n'en ont ni le temps ni les moyens. Ils sont là pour exprimer des besoins et les administratifs pour gérer. Les établissements ne sont pas prêts pour mettre en œuvre la réforme au 1^{er} janvier prochain.

Le SNCH marque son inquiétude sur les conditions –mauvaises- de mise en place de la réforme de la tarification, sur les missions de service public qui ne devront pas être financées au plus juste. Il considère que les réflexions sur la gouvernance doivent avancer et les budgets être mis à plat pour que les EPS ne s'engagent pas dans la réforme avec un handicap.

La conférence des présidents de CME de CHS est inquiète sur les moyens qui seront donnés à la PSY. Elle constate l'importance des missions confiées aux CHS par rapport à celles assurées dans le privé, ainsi que la réduction des moyens.

Le SYNCASS partage le constat effectué dans les différents rapports sur les dysfonctionnements à l'hôpital et se montre favorable à la mise en place de nouveaux outils à condition que ceux-ci permettent à l'hôpital d'assurer ses missions de service public. Il souhaite savoir comment ce groupe va s'articuler avec les autres groupes sur la gouvernance et la T2A.

La CNAMTS exprime sa satisfaction de participer à ce groupe de travail. La réforme doit permettre d'aborder l'évolution des relations entre les EPS et l'assurance maladie sur le plan des liaisons techniques et de la gestion de trésorerie, sujets qui devront être abordés également avec les organismes complémentaires, comme l'application de la CCAM aux soins externes. Elle craint cependant que la T2A ne soit l'occasion de faire supporter à l'assurance maladie l'apurement des reports de charges.

En complément à ces interventions, M. Couty apporte les précisions suivantes :

Comme il a été dit en introduction à la séance, le groupe de travail s'inscrit bien dans la démarche d'ensemble du plan Hôpital 2007 et le comité de pilotage assurera la cohérence des 4 groupes de travail.

En réponse aux inquiétudes qui ont pu être exprimées sur le statut public de l'hôpital et du personnel, M. Couty rappelle que, lors de ses entretiens avec les organisations représentatives en juillet dernier, le ministre a clairement annoncé que la réforme de l'hôpital ne remettait pas en cause son statut public ni celui de la fonction publique hospitalière. Les missions de service public constituent une dimension essentielle pour le ministre qu'il est important de reconnaître et de conforter dans une vision dynamique en donnant aux acteurs la capacité d'engager des projets.

L'investissement constitue également une préoccupation signalée par plusieurs membres du groupe. L'investissement constitue un point central du plan Hôpital 2007. Un plan de relance sur 5 ans est mis en œuvre, dont la tranche 2003 est déjà engagée. Les investissements hospitaliers sont relancés de manière considérable. Les maîtres d'ouvrage sont les hôpitaux sur la base d'une programmation régionale par les ARH. L'ordonnance de simplification du 4 septembre apporte de nouveaux outils pour que ces investissements puissent se réaliser plus rapidement.

Dans le cadre du Plan Hôpital 2007, les systèmes d'information, éléments majeurs des réformes envisagées, figurent parmi les projets éligibles aux aides à l'investissement.

Plusieurs membres du groupe de travail ont exprimés des doutes sur la capacité des établissements à mettre en place la T2A au 1^{er} janvier prochain et sur ses effets défavorables sur le secteur public. La T2A se mettra en place progressivement et en tenant compte des réflexions des 4 groupes de travail. En 2004, la T2A se fera à régime budgétaire et comptable inchangé, une faible part (probablement 10%) de l'activité MCO sera financée à l'activité. C'est en 2005 que se mettra véritablement en place le nouveau dispositif.

Le plan de travail proposé (ci-annexé) est approuvé.

La séance s'achève sur la présentation par M. Gratioux des deux premières fiches relatives au régime et aux procédures budgétaires. La fiche relative aux procédures comptables sera diffusée lors d'une prochaine réunion.

Les membres du groupe de travail ont la possibilité de communiquer avec la DHOS à l'adresse suivante : regles-financ-hosp@sante.gouv.fr

En raison des élections aux CAP, la réunion du 21 octobre devra être déplacée.

Calendrier des prochaines réunions :

- mardi 7 octobre, 14h30, salon C
 - mercredi 22 octobre, 14h30, salon C
 - mardi 4 novembre, 14h30, salon B
 - mardi 18 novembre, 14h30, salon C
- au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 8 avenue de Ségur, Paris 7^{ème}.

Groupe de travail n°4

« Le régime budgétaire et comptable »

Plan de travail

- 23 septembre 2003 :

Présentation de la problématique générale

Attentes des participants

Validation du plan de travail

- 7 octobre 2003 :

Etude du régime budgétaire de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) (fiche régime budgétaire)

- 22 octobre 2003 :

Etude de l'élaboration et de l'exécution de l'EPRD (fiche procédure budgétaire)

- 4 novembre 2003 :

Etude des procédures et de l'organisation comptables (fiche procédures comptables)

- 18 novembre 2003 :

Synthèse, propositions

Groupe de travail n°4
« Le régime budgétaire et comptable »

Liste des participants

Administrations ou organisations	Nom et affectation des représentants titulaires	☎ Téléphone ☏ Fax	Adresse email	Réunion du 23/09/2003	
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins	M. Edouard Couty, directeur				
	<u>Sous-direction F</u>)		
	M. Laurent Gratieux, sous-directeur)	présent	
	Philippe Burnel, adjoint au s/directeur)	présent	
	Mme Monique Thorel, chef du bureau F4	☎ 01 40 56 52 32)	regles-financ-hosp@sante.gouv.fr	présente
	Mme Claire Le Corre, chargée de mission bureau F4	☏ 01 40 56 50 10)		présente
	M. Dominique Mariage, chargé de mission bureau F4)		présent
	Simone Auvert (F4), adj. chef de bureau F4				présente
	Sonia Neurrisse(F2)	01 40 56 73 31		sonia.neurrisse@santé.gouv.fr	
	<u>Sous-direction E</u>				
Eliane Apert , sous -directrice	☎ 01 40 56 58 41		eliane.apert@sante.gouv.fr	présente	
Elvire Aronica	☏ 01 40 56 50 45		elvire.aronica@sante.gouv		
<u>Sous-direction P</u>					
Anne Claire Bonnichon-Py	☎ 01 40 56 58 41		anne-claire.bonnichon-py@sante.gouv.fr	présente	
Philippe Merle	☏ 01 40 56 69 19		philippe.merle@sante.gouv.fr	présent	
<u>Sous-direction M</u>					
Marc Oberlis, sous-directeur	☎ 01 40 56 52 99		marc.oberlis@gouv.fr		
Renaud Cateland	☏ 01 40 56 63 54		renaud.cateland@sante.gouv		
	☎ 01 40 56 52 90				

	<u>Rapporteur Groupe 1</u> Daniel Nicolle	☎ 01 40 56 65 64	daniel.nicolle@sante.gouv.fr	
Direction de la sécurité sociale	Mme Beurier Sonia, chef du bureau 1A Mme Lambillotte Aurélie 1A Mme Freyermuth Christine 1A Laure Farnoux	☎ 01 40 56 70 37 01 40 56 72 72 01 40 56 71 10	sonia.beurier@sante.gouv.fr aurelie.lambillotte@sante.gouv.fr christine.freyermuth@sante.gouv.fr laure.farnoux@sante.gouv.fr	présente
Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie	Direction générale de la comptabilité publique M. Jean-Pierre Epiter, chef du bureau 6B	☎ 01 53 18 74 35 ☏ 01 53 18 36 68	jean-pierre.epiter@cp.finances.gouv.fr	présent
	<u>Direction du budget</u> M. Olivier Boyer, bureau 6B	☎ 01 53 18 28 77 ☏ 01 53 44 69 35	olivier.boyer@budget.finances.gouv.fr	présent
	<u>Service du contrôle d'Etat</u> M. Pierre Gabrié	☎ 01 53 44 51 14 ☏ 01 53 44 52 69	pierre.gabrie@codet.finances.gouv.fr	présent
CNAMTS	M. Boyer Claude Pouilloux M. Le Gall Florence Guille	☎ 01 42 79 33 56 ☏ 01 42 79 36 43 ☎ 01 42 79 42 49 01 43 20 33 66 01 42 79 35 37	serge.boyer@cnamts.fr claude.pouilloux@cnamts.fr jacques.legall@cnamts.fr	présent
ARH	M. Jean-Louis Bonnet, directeur de l'ARH Poitou-Charentes	☎ 05 49 49 61 80 ☏ 05 49 49 61 81	jean-louis.bonnet@sante.gouv.fr	présent

FHF	Mme Thinga N'Guyen, adjointe au délégué général	☎ 01 44 06 84 44 📄	t.nguyen@fhf.fr	présente
Conférence des directeurs généraux de CHU	M. Jean-Pierre Dewitte, directeur général du CHU de Poitiers Suppléant : M. Jean-François Caillat, CHU d'Angers Représentés par M. Thierry Lefebvre, directeur financier au CHU de Poitiers	☎ 05 49 44 39 29 📄 05 49 44 43 10 ☎ 05 49 44 44 37 📄 05 49 44 40 76	j.p.dewitte@chu-poitiers.fr direction-generale@chu-angers.fr t.lefebvre@chu-poitiers.fr	présent
Conférence des directeurs de CH	M. Jean SCHMID, directeur du CH de Vichy Suppléant M.Francis Salles Directeur CH de Dax Remplacement ponctuel S Roulet CH Dax	☎ 04 70 97 33 33 📄 ☎ 05 58 91 49 42	jean.schmid@ch-vichy.fr sallesf@ch-dax.fr roulets@ch-dax.fr	présent présent présent
Conférence des présidents de CME de CHU	M. Le Pr Eric Lepage, CHU Henri Mondor à Créteil (AP-HP)	☎ 01 40 27 31 35 📄 01 49 81 27 08 📄	eric.lepage@hmn.ap-hop-paris.fr	présent
Conférence des présidents de CME de CH	M. le Dr Bernard Garrigues, CH d'AIX en Provence Suppléant : M. le Dr Emmanuel Hornus, CH du Val d'Ariège (Foix)	☎ 04 42 33 51 27-24 📄 04 42 33 51 40 ☎ 05 61 03 30 73 📄 05 61 03 01 71	bgarrigues@ch-aix.fr emmanuel@hornus.com	présent
Conférence des présidents de CME de CHS	M. Le Dr Jean-Paul Mabrut, CH Ste Marie à Clermont-Fd	☎ 04 73 43 55 19 📄	Jp.mabrut@voilà.fr	présent
Syndicat de praticiens CHG	Mme le Dr Christine Linget CH de Salon de	☎ 04 90 44 94 40	christine.linget@ch-salon.fr	présente

	Provence	☎ 04 90 44 92 05		
Syndicat de praticiens CMH	M. le Pr C. Gibert, Hal Pitié Salpêtrière	☎ 01 42 16 38 21 ☎ 01 42 16 38 23	claude.gibert@ap-hop-paris.fr	Présent
	Dr B. Certain, Cochin St Vincent de Paul	☎ 06 07 45 01 80	bernard.certain@cch.ap-hop-paris.fr	présent
Syndicat de praticiens INPH	M. le Dr Bruno Devergie, CH de Creil AM Liebbe -CH compiègne	☎ 03 44 23 64 65 ☎ 03 44 23 64 72	amliebbe@ch-compiegne.rss.fr	présente
Syndicat de praticiens SNAM-HP	M. le Dr André Elhadad, CH d'Aulnay s/bois	☎ 01 49 36 73 83 ☎ 01 49 36 73 84	elhadid@club-internet.fr	présent
Syndicat de la FPH : CGT	Mr. Michel Anselin -Lille 1,rue du Moulin d'Eau-59242 TEMPLEUVE.	☎ 03 20 59 39 37 ☎	anselin.michel@wanadoo.fr	présent
Syndicat de la FPH : CFDT SYNCASS	Mme Anne Meunier, directrice du CH du Rouvray (Sotteville les Rouen)	☎ 02 32 95 10 05 ☎ 02 32 95 11 52	ahmeunier@9online.fr	présente
Syndicat de la FPH : CFDT santé sociaux	Mme Marlène Le Bozec, fédération CFDT santé sociaux	☎ 06 21 53 69 30 ☎ 01 56 41 52 00 ☎ 01 42 02 48 00	formation@cfdt-sante.fr secretaire-general@cfdt-sante.fr	présente
Syndicat de la FPH : CFTC santé et sociaux	Christian Cailliau	☎ 01 42 58 58 89 ☎ 01 42 58 58 96	fede@cftc-santesociaux.fr	présent

Syndicat de la FPH : CFE - CGC	M. Thierry de Morcourt	☎ 06 86 78 63 67 ☎ 02 47 47 85 91 ☎ 01 48 78 49 49 (FFASS CFE CGE)		présent
Syndicat de la FPH :FO cadres hospitaliers	M. Philippe Guinard, directeur adjoint du CHU d'Angers Serge Roulet, directeur adjoint CH Dax	☎ 02 41 35 50 38 ☎ 02 41 35 55 06 ☎ 05 58 91 48 15 ☎ 05 58 91 48 75	chfo-paysdeloire@wanadoo.fr roulets@ch-dax.fr	présent
Syndicat de la FPH : FO	M. Guy Dandel	☎ 06 08 98 06 28 ☎ 01 44 01 06 00 ☎ 01 42 27 21 40	guy.dandel@parisfree.com	présent
Syndicat de la FPH : SNCH	M. Laurent Donadille, directeur adjoint du CH d'Arles Mr Philippe Blua Directeur Fondation Roguet (Clichy)	☎ 01 41 40 46 01 ☎ 01 41 40 47 49	laurent.donadille@-arles.fr philippe.blua@fondation-roguet.fr	présent
Syndicat de la FPH : SUD santé sociaux	M. Jean-Marie Sala, fédération sud santé sociaux Thierry Lescant	☎ 01 40 33 85 00 ☎ 01 43 49 28 67	sud.crc@wanadoo.fr	présent
Syndicat de la FPH : UNSA	M. Eric Wettling	☎ 03 88 98 48 16 ☎	eric.wettling@wanadoo.fr	présent
		☎ ☎		
		☎		

--	--	--	--	--

BUDGETS ANNEXES des EPS

Article R714-3-9

(Décret n° 92-776 du 31 juillet 1992 art. 1 Journal Officiel du 8 août 1992)

(Décret n° 97-406 du 21 avril 1997 art. 2 Journal Officiel du 26 avril 1997)

(Décret n° 97-1248 du 29 décembre 1997 art. 1 5° Journal Officiel du 30 décembre 1997)

Les activités assurées par les établissements publics de santé sont retracées dans le cadre d'un budget unique, intitulé budget général, à l'exception des opérations d'exploitation concernant les activités ou services suivants qui sont, pour chacun d'eux, obligatoirement retracées dans un budget annexe :

- a) Exploitation de la dotation non affectée aux services hospitaliers ;
- b) Les unités de soins de longue durée mentionnées au 2° de l'article L. 711-2 ;
- c) Les structures agréées en qualité d'établissement de transfusion sanguine en application du III de l'article L. 716-3 ;
- d) Chacune des activités mentionnées à l'article L. 711-2-1 ;
- e) Les activités de lutte contre l'alcoolisme visées à l'article L. 355-1 ;
- f) Les structures pour toxicomanes mentionnées à l'article L. 711-8.

Aucun de ces budgets annexes ne peut recevoir de subvention d'équilibre du budget général.

Lettres Mnémotechniques :

A : Dotation non affectée

B : Centres et unités de soins de longue durée (long séjour)

E : Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

J : Maisons de retraite

K : Hospices

N : Services de soins à domicile pour personnes âgées

P : Autres services relevant de la loi sociale du 30 juin 1975.

(dont, à partir de 2004, les activités de lutte contre l'alcoolisme et les structures pour toxicomanes, actuellement identifiées sous les lettres U et V).

EXEMPLE D'ETAT PREVISIONNEL DES RECETTES ET DES DEPENSES					
	RAPPROCHEMENT PREVISIONS/				
	EXECUTION N en M€				
COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL	DEPENSES		RECETTES		
	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé	
Charges de personnel (c/64)	20,5	20,27	43,49	43,57	Produits
					dont ...
					Prestations de services
Autres charges d'exploitation (hors OI)	52,87	49,61	29,9	30,28	Autres produits d'exploitation (hors OI)
dont...					dont...
Opérations internes	4,88	4,51	1,22	0,66	Opérations internes
dont c/675 valeur comptable des éléments d'actif cédés	0	0	0	0	dont c/775 produits des cessions d'actifs
dont c/68 dotations aux amortissements et provisions	4,88	4,51	1,22	0,66	dont c/777 quote part de subv. d'invest. virées au résultat
TOTAL DES CHARGES	78,25	74,39	74,61	74,51	TOTAL DES PRODUITS
RESULTAT PREVISIONNEL (EXCEDENT)		0,12	3,64		RESULTAT PREVISIONNEL (PERTE)
TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL	78,25	74,51	78,25	74,51	TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL
Tableau de passage du résultat prévisionnel à la CAF prévisionnelle (information pas soumis au vote du CA)					
RESULTAT PREVISIONNEL (EXCEDENT)		0,12	3,64		RESULTAT PREVISIONNEL (PERTE)
+ valeur comptable des éléments d'actifs cédés					- produits des cessions d'éléments d'actifs
+ dotations aux amortissements et aux provisions	4,88	4,51			- produits issus de la neutralisation des amortissements
			1,22	0,66	- quote part des subventions virée au résultat
					- reprises sur amortissements et provisions
SOUS TOTAL 1					SOUS TOTAL 2
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT (1-2>0)	0,02	3,97			INSUFFISANCE D'AUTOFINANCEMENT (1-2<0)
TABLEAU DE FINANCEMENT PREVISIONNEL ABREGE					
INSUFFISANCE D'AUTOFINANCEMENT PREVISIONNELLE			0,02	3,97	CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT PREVISIONNELLE
Acquisition d'immobilisations corporelles et incorporelles	9,78	6,7	3,94	3,87	Subventions
Immobilisations financières					Autres ressources
TOTAL DES EMPLOIS	9,78	6,7	3,96	7,84	TOTAL DES RESSOURCES
APPORT PREVISIONNEL AU FONDS DE ROULEMENT		1,14	5,82		PRELEVEMENT PREVISIONNEL SUR LE FONDS DE ROULEMENT
TOTAL EQUILIBRE DU TABLEAU DE FINANCEMENT ABREGE	9,78	7,84	9,78	7,84	TOTAL EQUILIBRE DU TABLEAU DE FINANCEMENT ABREGE
	Prévu	Réalisé			
APPORT AU FONDS DE ROULEMENT OU PRELEVEMENT SUR LE FONDS DE ROULEMENT	5,82	1,14			
+ variation de l'actif circulant d'exploitation	1,08	1,11			
- variation des dettes d'exploitation	-0,69	-0,76			
= variation du besoin en fonds de roulement (1)	1,77	1,87			
+ variation des autres débiteurs	0	0			
- variation des autres créditeurs	0	0			
= variation du besoin en fonds de roulement hors exploitation (2)	0	0			
(1)+(2) = variation du besoin en fonds de roulement ou dégageement net de fonds de roulement	1,77	1,87			

Variation de la trésorerie	-7,59	-0,73			
----------------------------	-------	-------	--	--	--

CALENDRIER BUDGETAIRE T2A/EPRD

